

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые  
граждане дают информированное согласие

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., полностью, дата рождения)

проживающая по адресу: \_\_\_\_\_  
(место регистрации)

В соответствии со ст. 19,20,22 Федерального закона РФ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информационное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в «Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информационное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г №390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 5 мая 2012г №24082) (далее –Перечень), а так же специализированной медико-санитарной помощи,

- 1.1. полное клинико-лабораторное обследование, включающее гинекологический осмотр в зеркалах, взятие мазков, внутреннее акушерское исследование, УЗИ, доплерометрия, кардиотокография \_\_\_\_\_
- 1.2. внутримышечные инъекции \_\_\_\_\_
- 1.3. постановка внутривенного катетера \_\_\_\_\_
- 1.4. внутривенные инъекции (инфузионная терапия) \_\_\_\_\_
- 1.5. родовозбуждение с амниотомией \_\_\_\_\_
- 1.6. очистительная клизма \_\_\_\_\_
- 1.7. амниотомия (вскрытие плодного пузыря) \_\_\_\_\_
- 1.8. перинеотомия, эпизиотомия \_\_\_\_\_
- 1.9. проведение родоразрешающих операций (кесарево сечение, вакуум-экстракция плода, акушерские щипцы) по акушерским показаниям с возможным расширением объема операции \_\_\_\_\_
- 1.10. ручное обследование полости матки \_\_\_\_\_
- 1.11. гемотрансфузия \_\_\_\_\_
- 1.12. плазматрансфузия \_\_\_\_\_
- 1.13. антибактериальная терапия \_\_\_\_\_
- 1.14. родостимулирующая терапия в родах \_\_\_\_\_
- 1.15. осмотр мягких родовых путей при беременности, в родах и после родов \_\_\_\_\_
- 1.16. анестезиологическое пособие в родах \_\_\_\_\_
- 1.17. физиотерапевтические процедуры во-время беременности и в послеродовом периоде \_\_\_\_\_
- 1.18. подготовка родовых путей к родам с применением препидил-геля и ламинарий \_\_\_\_\_
- 1.19. амниоскопия \_\_\_\_\_
- 1.20. выскабливание полости матки \_\_\_\_\_
- 1.21. наложение вторичных швов на промежность, переднюю брюшную стенку \_\_\_\_\_
- 1.22. проведение консультаций и анализ медицинской документации (история родов, история развития новорожденного) с привлечением сторонних специалистов \_\_\_\_\_
- 1.23. оказание реанимационных мероприятий новорожденному (интубация трахеи, искусственная вентиляция легких, катетеризация пупочной вены и/или периферических вен, проведение инфузионной терапии) \_\_\_\_\_
- 1.24. клинико-лабораторное обследование новорожденного \_\_\_\_\_
2. Участие в лечебном процессе беременных, рожениц, родильниц и новорожденных представителей кафедр высших учебных заведений, имеющих базу на территории родильного дома \_\_\_\_\_

3. Медицинским сотрудникам в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

4. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Фамилия имя отчество гражданина, степень родства, контактный телефон)

5. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне, может возникнуть необходимость других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий, не указанных в п.1. Я доверяю врачам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимыми для установления (уточнения) диагноза, лечения и улучшения моего состояния и состояния моего ребенка.

6. Я предупреждена о необходимости выполнения рекомендаций врача по лечению и режиму, о последствиях действия и бездействия.

7. Я проинформирована о том, что все риски, связанные с медицинским вмешательством, относятся не только ко мне, но и к моему плоду и ребенку.

8. Я проинформирована о том, что в помещениях и на территории родильного дома, осуществляется видеонаблюдение, в том числе видеофиксация.

9. Содержание настоящего документа мной прочитано, оно мне полностью понятно.

Я подтверждаю, что имела время и возможность обсудить с врачом все интересующие меня вопросы по поводу медицинского вмешательства и получила на них дополнительные удовлетворяющие меня разъяснения. Мое согласие с проведением предложенного медицинского вмешательства является свободным и осознанным, что я и удостоверяю своей подписью.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. пациентки)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация о состоянии здоровья)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника, должность)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
(Дата оформления)

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОРОДСКОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР №1»**

**СОГЛАСИЕ  
пациента на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О., полностью)  
проживающая по адресу: \_\_\_\_\_,  
(место регистрации)  
паспорт № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,  
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку СПб ГБУЗ «ГПЦ №1», расположенном по адресу: СПб, пр. Солидарности, д.6 (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, номер контактного телефона, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласна со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_  
(Подпись, Ф.И.О)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Согласие получено \_\_\_\_\_  
(дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)